



L'introduction de la médecine moderne dans le monde arabe : entre temps de l'urgence et temps de l'apprentissage (XIXe-XXe siècles).

Sylvia Chiffoleau

► To cite this version:

Sylvia Chiffoleau. L'introduction de la médecine moderne dans le monde arabe : entre temps de l'urgence et temps de l'apprentissage (XIXe-XXe siècles).. Temporalités : revue de sciences sociales et humaines, 2012, pp.1-28. 10.4000/temporalites.2009 . halshs-00949900

HAL Id: halshs-00949900

<https://shs.hal.science/halshs-00949900>

Submitted on 20 Feb 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'introduction de la médecine moderne dans le monde arabe : entre temps de l'urgence
et temps de l'apprentissage (XIX^e-XX^e siècles).**

Sylvia Chiffolleau

CNRS/Ifpo

L'expérience européenne et nord-américaine est au centre de l'historiographie sur le temps. Le moment de la révolution industrielle, au XIX^e siècle, marque dans ces régions une transformation profonde de la conception du temps. Dilué jusqu'alors dans les rythmes saisonniers d'un monde rural largement majoritaire, le temps devient dans les cités industrielles une valeur marchande qui croît en complexité afin d'assurer une coordination précise des activités pour une meilleure productivité et un meilleur rendement. Le temps de travail, rythmé par l'horloge, est désormais au cœur de la vie quotidienne et bientôt des luttes sociales. La révolution industrielle constitue donc un moment crucial dans la promotion d'un temps moderne, dans la transformation de la conscience du temps et l'acquisition d'une discipline temporelle par les individus.

La modernité qualifiée d'«occidentale», en ce qu'elle s'appuie sur de nouvelles technologies et sur de nouveaux modes de pouvoir, fait également sa première incursion dans l'Orient méditerranéen et au Maghreb au cours du XIX^e siècle. Mais la révolution industrielle, si centrale dans l'expérience occidentale, n'a qu'à peine, et tardivement, effleuré les sociétés orientales. C'est essentiellement par le biais de la construction d'un État et d'une administration modernes que se mettent en place de nouvelles modalités d'action, de nouvelles formes de travail. C'est d'ailleurs parfois l'État, et non le capital, qui initie les premières expériences industrielles, notamment en Égypte. On peut donc faire l'hypothèse que c'est essentiellement par le biais de ce nouvel État moderne que se mettent en place de nouvelles normes temporelles qui contribuent à transformer non seulement les rythmes du

travail et de la vie quotidienne, mais également les conceptions plus abstraites du temps, celles qui permettent aux individus de se situer dans la ligne de leur devenir.

Toutes les régions qui forment aujourd'hui les pays du Maghreb et du Moyen-Orient ne sont cependant pas entrées dans la modernité au même rythme et selon les mêmes modalités. L'Algérie par exemple, avant même d'être touchée par le vent de réforme initié au début du XIX^e siècle par l'Empire ottoman, est cueillie par la conquête coloniale française et s'insère dès lors dans un destin sensiblement différent de celui de l'Orient arabe et turc. En Orient, ce sont des pouvoirs autochtones qui provoquent les changements, parmi eux le comptage et, en conséquence, les conceptions du temps ; en Algérie, et plus tard dans les autres pays du Maghreb, c'est le colonisateur qui s'en charge. En outre, au Moyen-Orient, le processus de modernisation s'est fait également par le biais des institutions missionnaires, qui ont joué un rôle important en matière d'éducation et de santé¹.

En Orient comme en Occident, la santé publique, entendue comme une procédure à visée curative et préventive qui concerne l'ensemble de la collectivité, est au cœur de la construction de l'État moderne et participe à l'émergence d'une conception inédite d'un horizon de progrès. En reconnaissant la nécessité de protéger la santé, l'État s'immisce dans la trajectoire de vie des individus et intervient sur leur devenir. En soignant il ouvre de nouveaux possibles ; par la prophylaxie et la prévention, il tente de reculer l'échéance de la mort. Il s'agit là d'une rupture mentale profonde au regard d'un destin perçu jusqu'alors comme relevant de la seule volonté de Dieu. La santé publique, tant dans ses dispositifs concrets que dans sa capacité à modifier le cours de la vie, offre un terrain de choix pour tester l'hypothèse de la centralité de l'État moderne dans l'établissement de nouvelles normes et conceptions du temps dans le monde arabe.

¹ En ce sens, leur action dans l'apprentissage de nouvelles conceptions du temps mériterait d'être documentée pour être mise en parallèle avec les considérations développées ici, qui privilégient le rôle de l'État.

1- Le transfert de la médecine moderne en Orient

Au début du XIX^e siècle, le sultan ottoman ainsi que Mohammed Ali, le gouverneur quasi indépendant de l'Égypte, entreprennent, selon des modalités très proches, une politique volontariste de modernisation qui vise en premier lieu leurs armées (Fahmy, 1997 ; Moreau, 2007). Les premières structures de santé publique, à Istanbul et au Caire, sont donc destinées aux armées. Outre des hôpitaux militaires, une école de médecine est établie en 1827 dans chacune des capitales, destinée à former des officiers de santé autochtones² pour le service de l'armée. Si, dans l'Empire ottoman, le dispositif de santé reste réservé à l'armée jusque dans les années 1860, l'Égypte s'oriente dès 1842 vers un service civil de santé. Désormais, une partie des diplômés de l'École du Caire est envoyée dans les hôpitaux fondés en 1846 dans les chefs-lieux de province. D'autres sont affectés dans les petites villes de district (*markaz*) où, en collaboration avec les barbiers, praticiens traditionnels de la petite chirurgie, ils sont chargés de la veille sanitaire, d'enregistrer les naissances et les décès, d'imposer les règles élémentaires d'hygiène et de diffuser la vaccination jénérienne³ dans une trentaine de villages alentour. L'Empire ottoman crée une école civile de santé en 1867 et établit, à la même époque, un réseau de municipalités qui vont désormais relayer, de façon plus ou moins efficace, l'action de l'État en matière de santé publique. Il permet ainsi à la médecine moderne de pénétrer également dans les provinces ottomanes (Bourmaud, 2007), mettant à la disposition des usagers un service qui était jusqu'alors le quasi monopole des établissements de soins confessionnels, aussi bien islamiques que juifs ou chrétiens.

² Des médecins européens, au service des dirigeants et des classes supérieures, étaient implantés de longue date dans la région.

³ En 1796, le Britannique Edward Jenner met au point la vaccination contre la variole humaine par inoculation de la variole bovine (vaccine ou *cowpox*).

Sur la base d'un choix raisonné, misant sur son efficacité supposée, les autorités ottomanes et égyptiennes entreprennent d'implanter sur leurs territoires une médecine dont l'Europe a monopolisé les progrès depuis le XVII^e siècle et qui s'est trouvée bouleversée par la révolution clinique (Foucault, 1988). Pour autant, ce transfert ne constitue pas l'imposition d'une discipline résolument étrangère ; médecine arabe et médecine européenne puisent aux mêmes racines grecques, elles partagent une même généalogie. Mais si, sur ce substrat, la médecine européenne s'est épanouie dans le cadre de la première révolution scientifique, la médecine arabe, inventive et offensive au Moyen-Age, s'est de son côté essoufflée. Elle se maintient néanmoins dans le cadre d'une pratique savante dédiée aux élites, mais aussi, dans des formes simplifiées sinon altérées, dans le cadre de la pratique traditionnelle. Cette dernière connaît un grand succès auprès des populations, qui y trouvent pratiquement la seule offre de soin disponible. Ce simple constat d'une plus grande efficacité incite les souverains orientaux à faire le choix de la médecine dite moderne, seule capable, à leurs yeux, de régénérer leurs armées et plus tard leurs sujets. Ils s'attachent cependant à gommer l'hiatus et à défendre le principe de la continuité en demandant aux autorités religieuses de justifier, par des *fatwâ*, ce qui dans cette médecine renouvelée risque de heurter les sensibilités, notamment la dissection. Si la médecine ainsi introduite en Orient cherche à présenter le visage rassurant de la continuité, elle entraîne néanmoins des transformations profondes en créant un profil professionnel nouveau, celui du médecin (*tabîb*) qui se substitue au *hakîm* (sage qui maîtrise les différentes disciplines du savoir), médecin désormais formé selon des modalités nouvelles et qui exerce ensuite son art dans des institutions *ad hoc* (Chiffolleau, 1997). L'ensemble de ce processus participe, de façon centrale, à l'émergence de nouvelles conceptions et pratiques du temps.

1-1 La formation d'hommes nouveaux

L'Empire ottoman, comme l'Égypte, lancent un processus volontaire de modernisation de l'État dans deux directions principales : d'une part la création d'une administration « à l'européenne », dotée de ministères et de départements spécialisés, et d'autre part celle d'écoles dites spéciales, destinées à former des cadres pour l'armée et pour cette nouvelle administration. Ces institutions nouvelles génèrent à leur tour une discipline temporelle inédite.

En amont de la création des écoles spéciales, les autorités locales s'attachent à promouvoir un enseignement primaire, certes encore peu répandu, mais qui constitue dès lors un réservoir où puiser des vocations pour les écoles spéciales. Or l'établissement de ce premier enseignement public dessine les contours encore très limités d'une classe d'âge appelée à se développer au moment, bien plus tardif, de la généralisation de l'enseignement, celle de l'enfance. Le *kuttâb*, école traditionnelle où les enfants et les jeunes gens apprenaient à lire et à écrire pour mémoriser le Coran, accueillait ses élèves sans imposer d'âge spécifique, ni de durée d'étude déterminée. La fréquentation, soumise aux nécessités du travail aux champs ou rémunéré qu'effectuaient par ailleurs les élèves, y était irrégulière. Le nouveau système, en revanche, est dûment encadré. En Égypte, les écoles primaires enrôlent des enfants de huit à douze ans, choisis dans les *kuttâb* ou par conscription scolaire, pour un cycle d'études de trois ans sur la base d'un emploi du temps réglé par heures. Certains d'entre eux pouvaient ensuite poursuivre un cycle complémentaire de quatre ans dans les écoles préparatoires du Caire et d'Alexandrie. Ainsi cet enseignement crée, pour les enfants puis les jeunes qui en bénéficient, une étape inédite dans une trajectoire qui passait jusqu'alors sans guère de transition de la petite enfance aux responsabilités du travail.

Les jeunes hommes ayant bénéficié d'une première formation et qui se trouvent ensuite intégrés, par choix ou toujours par conscription scolaire, dans les écoles spéciales, y sont confrontés à un rythme militaire. Tout comme l'armée qui fut la première à être soumise

à une sévère discipline temporelle, les élèves de ces écoles voient leur existence scandée par une alternance rigide de phases de travail et de repos. Les règlements des écoles spéciales, dont l'École de médecine, détaillent des emplois du temps qui débutent dès 4 heures du matin, par un réveil au tambour, où s'égrènent les cours successifs d'une heure ou d'une heure et demie, entrecoupés par deux repas par jour, l'un une heure avant midi, l'autre une heure avant le coucher du soleil. Cette organisation laïque du temps, qui ne prévoit pas d'espace pour la prière, avait d'ailleurs provoqué de franches oppositions dans l'armée réformée (Alleaume, 1993, p. 223). En outre, l'emploi du temps et le curriculum de l'École de médecine du Caire, établis sur quatre années précédées d'une année propédeutique, impliquent une forme d'enseignement qui n'a plus rien à voir avec les formes traditionnelles de transmission. L'apprentissage se fait auprès de plusieurs enseignants, dans un laps de temps imparti et selon un programme progressif, alors que la maîtrise des sciences arabes s'acquerrait au gré de la longue fréquentation d'un maître qui ne mettait pas de bornes temporelles à son enseignement

L'apprentissage de la discipline du temps n'est qu'une facette de la formation dispensée en marge de l'enseignement des disciplines des écoles spéciales. En effet, les élèves n'y acquièrent pas seulement un savoir, mais également de nouvelles manières de vivre, des comportements puisés dans la culture européenne. Ainsi, ils savent non seulement lire l'heure à l'horloge, mais également manger assis à table, « à l'européenne », munis d'un couteau et d'une fourchette, et dorment non sur des paillasses, mais sur des lits. Certains d'entre eux partent se spécialiser en France, où ils poussent plus loin encore le processus d'acculturation ; c'est un médecin égyptien ayant bénéficié de la mission scolaire de 1832 à Paris qui est réputé avoir fait le premier mariage mixte. Concernant la médecine, si les Écoles du Caire et d'Istanbul n'introduisent pas une discipline absolument nouvelle, l'homme qui va désormais l'exercer est quant à lui indéniablement nouveau.

L'Algérie, qui subit l'agression coloniale dès 1830, ne connaît pas cette formation précoce de cadres autochtones destinés au service public. Ce sont les Français, déjà rompus aux contraintes de la vie moderne et à celles de l'heure, qui se donnent pour tâche de répandre les bienfaits de la médecine moderne. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie n'est créée à Alger qu'en 1857, trente ans après celles du Caire et d'Istanbul. Si elle est en principe ouverte aux Musulmans, la pauvreté du dispositif d'enseignement destiné en amont aux indigènes rend longtemps illusoire cette possibilité. Le premier médecin algérien ne soutient sa thèse qu'en 1884. Ce n'est qu'au début du XX^e siècle que l'Algérie comptera une petite frange de population qui a assimilé dans son corps les nouvelles normes de comportement, et dans sa conscience celles des nouveaux rythmes temporels imposés par le colonisateur (Carlier, 1998).

1-2 La médecine moderne comme vecteur d'un temps nouveau

De toutes les branches des nouvelles administrations mises en place en Égypte et dans l'Empire ottoman, la médecine partage avec l'enseignement la particularité d'offrir un service à la population dans le cadre d'établissements *ad hoc*. Les écoles, tout comme les dispensaires et les hôpitaux, invitent à se rendre dans un lieu voué à l'exercice d'une pratique particulière, à des horaires précis. Il s'agit là d'une nouveauté essentiellement urbaine. À la campagne, les médecins de district égyptiens, qui desservent de nombreux villages, de même que les médecins de colonisation qui, en Algérie, consacrent un peu de leur temps aux indigènes, ont une pratique nomade.

Les villes orientales vivent alors au rythme de l'alternance du jour et de la nuit qui prévaut également en milieu rural. Les portes des villes, ainsi que celles qui fermaient les quartiers dans certaines cités, s'ouvrent et se ferment au lever et au coucher du soleil, qui sont aussi des moments de prière pour les musulmans. Le temps diurne est celui de la vie du souq

et de l'artisanat dont les activités ne nécessitent pas une grande précision temporelle, sinon pour les trois autres prières de la journée. On se rend chez le barbier, ou l'on passe discuter affaires avec un compère, sans rendez-vous ni horaire précis. À la tombée de la nuit, les souqs ferment, les quartiers centraux où ils se situent se vident et la population laborieuse rejoint les quartiers résidentiels en périphérie (Raymond, 1985).

En établissant des dispensaires au Caire dès 1845, l'Égypte manifeste encore son antériorité en matière de promotion de la santé publique. En 1848, il y a un dispensaire dans chacun des dix arrondissements de la ville. Cette première expérience est restée éphémère, mais elle a rebondi ensuite dans les années 1860, quand l'Empire ottoman implante à son tour un dispositif de santé publique qui touche dès lors les autres villes arabes, accélérant ainsi le processus de socialisation à la visite volontaire aux centres de soins. Les premiers dispensaires du Caire donnent des consultations gratuites deux fois par jour et le bureau a en outre la charge d'examiner les cadavres des personnes décédées dans l'arrondissement, d'enregistrer les naissances, de pratiquer les accouchements et la vaccination. Les registres des consultations externes des quatre premiers dispensaires, portant sur la période comprise entre décembre 1845 et décembre 1847, ont été conservés. Un total de 21 468 patients a été examiné au cours de ces deux années (Kuhnke, 1990, p.142-143). Le Caire compte alors une population d'environ 260 000 habitants. Si la fréquentation des dispensaires apparaît bien sûr modeste, elle n'est cependant pas négligeable pour une toute première expérience de ce type et semble manifester une réelle demande de soins.

La démarche de la visite au dispensaire implique pourtant une rupture assez nette dans les pratiques habituelles du recours au soignant. On se rend en effet chez le praticien traditionnel, barbier, herboriste ou rebouteux, ou l'on convoque celui-ci chez soi, non pas en fonction d'horaires fixes, mais vraisemblablement selon les règles générales de la sociabilité qui ont une certaine flexibilité et laissent tout le temps à l'échange, à la discussion et à la

présence des proches. L'ouverture du dispensaire n'a guère de flexibilité, ne laisse pas place aux longues conversations, et correspond aux heures de travail. L'existence de ces structures de soins, qui se développent à la fin du XIX^e siècle conjointement avec d'autres types de services publics, suppose de la part des usagers un apprentissage de l'horaire, et de la lecture de l'heure. C'est non seulement pour affirmer sa puissance comme maître du temps, mais également pour faciliter cet apprentissage que l'État ottoman a implanté une centaine de tours d'horloge sur les places publiques de toutes les villes de l'Empire à l'extrême fin du XIX^e siècle (Hanssen, 2005 ; Kreiser 2012). Mais à la rigidité du temps compté imposé par l'État s'oppose bientôt la flexibilité de la pratique privée. Lorsque celle-ci se développe dans les villes arabes dès la fin du XIX^e siècle, mais surtout à partir des années 1920-1930, les médecins proposent des horaires d'ouverture extensifs. Certes ils sont pour beaucoup engagés dans une pratique mixte, publique le matin, privée le reste de la journée, mais il s'agit également de se mettre à la disposition des usagers hors des heures de travail de ceux-ci et de capter une clientèle plus nombreuse. À Beyrouth, dès les années 1880, on pouvait se rendre chez le médecin entre 2 et 4 heures du matin (Sehnaoui, 2002, p. 79), et il n'est pas rare encore aujourd'hui, au Caire, de consulter un médecin privé aux alentours de minuit.

1-3 Du fonctionnaire au bourgeois

La pratique d'une santé publique à visée collective est un élément phare de l'administration moderne mise en place par les réformes de l'Égypte et de l'Empire ottoman. Elle forme un vecteur majeur de l'introduction d'un nouveau temps rationnel, compté. Les hommes formés dans des écoles soumises à un régime militaire, afin d'être mis au service de cette nouvelle administration, sont les premiers à acquérir la maîtrise de ce temps de l'État, rythmé par l'horloge. Plus abstraitement, cette catégorie de fonctionnaires occidentalisés, partout en expansion en Égypte et dans l'Empire ottoman à partir des années 1860-1880, se

projette désormais vers l'avenir et reproduit son avantage social en choisissant l'enseignement moderne pour ses propres enfants. Elle entraîne dans son sillage une partie des notables traditionnels qui misent à leur tour sur l'investissement scolaire⁴. En Algérie, où l'école est proposée par le colonisateur et donc suspecte, le processus de formation d'un groupe social nouveau est différé. Longtemps on craint l'assimilation par l'école et ce n'est que dans les années 1920 que cette réticence cède pour donner naissance à une nouvelle catégorie d'acteurs dont le profil type est plutôt celui de l'instituteur (Colonna, 1975) que du médecin, demeuré rare tout au long de la période coloniale.

L'administration moderne n'est cependant pas le seul vecteur d'introduction d'un temps et d'hommes nouveaux. Au moment même de son émergence, le commerce en expansion contribue de son côté à forger de nouvelles catégories d'acteurs. L'accélération liée à l'introduction de la navigation à vapeur, dans les années 1830, renouvelle la figure du marchand arabe qui s'insère désormais dans un temps du monde imposé par l'Europe. Fonctionnaires et marchands, bientôt rejoints par les premières cohortes de jeunes hommes ayant bénéficié de l'enseignement moderne en contexte colonial, forment un groupe de plus en plus important, imprégné de valeurs et de normes occidentales, certes revisitées. Au Moyen-Orient, on désigne ce groupe sous le terme d'*effendiyya*. Alors que la majorité de la population du monde arabe, et notamment sa composante rurale, continue de vivre au rythme lent et cyclique du temps naturel, sans contraintes horaires sinon celles de l'irrigation, ce groupe fait l'expérience de la montée en puissance d'une sensibilité au temps devenue nécessaire dans l'exercice de ses activités. Entre autres marqueurs sociaux, ce groupe est reconnaissable à son vêtement. L'Empire ottoman avait rendu obligatoire le port du costume européen pour ses fonctionnaires dès 1840. Les hommes engagés dans des activités liées au temps international, ou qui imposent un rythme précis, y viennent rapidement. La ceinture de

⁴ Ce mouvement, associé à la modération de la natalité dans ces milieux, est repérable en Égypte dès 1848 (Alleaume, Fargues, 1998).

tissu traditionnelle, qui enserre en plusieurs tours la taille des hommes se prête bien au placement d'un poignard, mais non à celui d'une montre à gousset. Il en est de même de la longue djellaba. Il faut porter le pantalon et le gilet pour pouvoir exhiber un tel objet.

Au début du XX^e siècle, dans un contexte d'accélération des rythmes et d'interdépendance accrue avec l'Europe, la maîtrise du temps compté apparaît comme une ressource sociale majeure pour s'insérer dans le temps du monde, celui d'une modernité en marche. Or cette maîtrise fait défaut à l'écrasante majorité des populations arabes ; le temps est désormais un marqueur social qui contribue à creuser les inégalités. Lorsque, dans la période d'entre-deux-guerres, la Turquie nouvelle, l'Égypte vouée à la réforme sociale, une Algérie enfin plus attentive à ses indigènes, ou encore le Maroc nouvellement colonisé entreprennent de renforcer les services publics, et notamment l'offre de santé publique, les promoteurs de ces actions sociales vont se trouver durement confrontés à des dissonances temporelles avec les populations concernées. Envoyé en 1929 dans un village de Haute-Égypte, un médecin cairote en témoigne sur le ton de la consternation : selon lui, les fellahs égyptiens n'ont aucune notion du temps. À la question « depuis quand es-tu malade », la réponse « depuis longtemps » (*mîn zamân*) peut tout aussi bien signifier depuis trois jours que depuis dix ans. Ou alors il s'entend répondre que cela a commencé deux jours après la mort d'untel, ou au moment de la récolte du maïs ou du coton (Subkî, 1946, p. 28-29). Cette incompréhension réciproque ne sera réduite qu'avec la généralisation de l'enseignement, après les indépendances. Mais si, dans la première moitié du XX^e siècle, les populations arabes sont loin encore d'avoir parfaitement assimilé le temps compté, mesurable, elles ont en revanche modifié certaines conceptions plus abstraites du temps, notamment la capacité de se projeter dans l'avenir pour tenter d'éviter la survenue d'une maladie. Cet apprentissage, discret et difficilement mesurable, doit beaucoup aux modalités d'exercice de la médecine moderne.

2- Les épidémies : vers la négation de la fatalité

Outre le service aux armées, la seconde vocation du système de santé moderne implanté en Égypte et dans l'Empire ottoman était de lutter contre les épidémies. La peste notamment, disparue d'Europe depuis sa dernière incursion marseillaise de 1720, est obstinément présente en Orient jusqu'en 1847, et terriblement meurtrière (Panzac, 1985). À cette maladie séculaire vient s'ajouter, à partir de 1831, les ravages réguliers du choléra. En l'absence de toute certitude concernant le caractère contagieux ou non de ces maladies, l'Europe avait mis en place, depuis le XIV^e siècle, un système de protection basé sur l'observation et le pragmatisme. Les quarantaines auxquelles étaient soumis voyageurs et marchandises permettaient de filtrer, certes bien imparfaitement, la circulation des épidémies et leur pénétration en Europe, mais se révélaient de plus en plus importunes dans un contexte de développement du commerce international au début du XIX^e siècle. C'est pourtant à ce moment-là que les autorités égyptiennes et ottomanes décident de les implanter sur la rive sud de la Méditerranée, où elles étaient inconnues jusqu'alors.

2-1 L'établissement d'un dispositif d'urgence de lutte contre les épidémies

L'irruption brutale du choléra, en 1831, incite Mohammed Ali à ériger une ligne d'établissements quaranténaires sur le littoral de l'Égypte et, pour gérer ce nouveau système, il fait appel aux consuls européens en poste à Alexandrie qui se forment en comité sanitaire. Au-delà des quarantaines, celui-ci met en place un dispositif d'urgence en cas d'apparition d'une maladie infectieuse dans le pays, avec le déploiement de cordons sanitaires établis par l'armée, des mesures de confinement des malades et de leurs proches, de nettoyage et de désinfection des espaces touchés, et des dispositions spéciales pour les inhumations. La même

année 1831, Mohammed Ali entreprend la campagne de Syrie⁵ où il impose le même type de mesures. L'Empire ottoman adopte à son tour un dispositif de défense contre les épidémies à partir de 1838. Ces mesures sont encouragées par l'Europe qui y voit le moyen de former, sur la rive orientale de la Méditerranée, une barrière destinée à protéger le Vieux Continent de la survenue des épidémies, et d'alléger en retour le dispositif quarantenaire en usage sur les littoraux européens afin de libérer les forces commerciales.

L'activisme manifesté par les autorités ottomanes et égyptiennes et la notion d'urgence inscrite dans le dispositif de lutte contre les épidémies, s'immiscent dans un environnement peu préparé à une telle offensive. Si les épidémies frappent très souvent et très cruellement la région, elles ne suscitent guère de bouleversement dans l'ordre social, sinon individuellement dans la souffrance manifestée lors de la perte d'êtres chers. Les témoins européens du XVIII^e et du début du XIX^e siècles soulignent avec étonnement la continuité des activités des villes arabes et turques lorsque survient une épidémie ; les souqs demeurent ouverts et les gens vaquent normalement à leurs occupations. Contrairement à ce qui se produit parfois en Europe, les crises épidémiques ne suscitent ni instabilité politique, ni tensions sociales, ni phénomènes de stigmatisation, ni crise de la foi (Marcus, 1989). Il est vrai que pour les musulmans, la maladie est œuvre de Dieu. On ne saurait lutter contre Sa volonté et il convient donc de se résigner au mal. Prière et repentir, parfois procession auprès du tombeau d'un saint sont les seules armes mobilisées contre la maladie. Quant à la prévention, elle repose sur le principe général de la tempérance, inscrite dans la théorie des humeurs, faite d'une diète équilibrée et d'un rythme de vie calme et régulier, éloigné de toute précipitation. Quoi qu'il en soit, si les vagues épidémiques de peste obéissent à un calendrier cyclique, faisant leur apparition en janvier, culminant en février-mars puis déclinant jusqu'à disparaître en avril, la maladie elle-même, quand elle touche un individu, est comme hors du

⁵ Mohammed Ali entre alors en guerre contre le sultan ottoman et occupe la Palestine et la Syrie qui lui sont finalement confiés comme protectorats de 1833 à 1841.

temps. On passe de vie à trépas en l'espace de deux ou trois jours⁶, ce qui ne laisse guère le temps d'intervenir ; d'ailleurs la thérapeutique du début du XIX^e siècle est très largement impuissante.

Plus étonnant encore aux yeux des voyageurs européens apparaît l'attachement des musulmans aux rites funéraires. Quand les crises épidémiques en Europe peuvent donner lieu au spectacle de la terreur et de l'abandon des cadavres, y compris des êtres les plus chers, les musulmans s'attachent à apporter aux dépouilles de leurs proches les soins appropriés, sans aucune crainte de les toucher. À cet ensemble d'attitudes et de pratiques des musulmans, qualifié avec mépris par les Européens de fatalisme, s'oppose, au Moyen-Orient, la propension à fuir des minoritaires. Plus proches des Européens vivant au Levant, les minoritaires, notamment les chrétiens, s'ils ne doutent pas eux-mêmes que la maladie est la volonté de Dieu, cherchent à s'en protéger en imitant les étrangers qui quittent les villes ou s'isolent dans leurs demeures, ce qui semble avoir une certaine efficacité (Panzac, 1985). Lorsque Mohammed Ali puis le sultan d'Istanbul adoptent le principe des quarantaines, ils s'isolent à leur tour dans leur palais lors de la survenue des épidémies, afin d'éviter une contagion qui n'est pourtant alors que présumée. Ils provoquent ainsi un premier mouvement d'imitation de la part des classes supérieures, lequel amorce un changement d'attitude face à la maladie et l'idée que l'on peut peut-être s'en préserver et reculer l'échéance de la mort.

Outre les dispositions individuelles, l'apparition d'une crise épidémique déclenche désormais en Orient un dispositif d'urgence géré par l'État, qui s'applique à l'ensemble de la communauté. Ce dispositif est basé sur la rapidité de l'action, ce qui suppose d'une part des compétences nouvelles de la part des agents de l'État chargés de le mettre en œuvre, et impose d'autre part un rythme nouveau aux récepteurs, une accélération en rupture avec l'idée de régularité et de tempérance qui prévalait jusqu'alors. L'efficacité du dispositif repose en

⁶ La mort par choléra est tout aussi fulgurante

amont sur un système d'alerte basé sur la présence de médecins dans toutes les régions, prêts à informer l'administration centrale de toute apparition d'une maladie infectieuse. En réalité, le réseau médical demeure longtemps distendu et surtout certains moyens de transmission de l'information sont eux-mêmes peu rapides ; c'est souvent à dos d'âne ou de chameau que les médecins de province font leurs tournées d'inspection. De retour en ville, ils peuvent cependant alerter les autorités grâce au télégraphe, outil technique majeur d'une accélération générale de l'information. Une deuxième accélération, décisive, a lieu dans les années 1930 avec la généralisation de la télégraphie sans fil (TSF).

Lorsque la peste ou le choléra sont déclarés quelque part, l'armée doit rapidement se déployer en cordon sanitaire pour isoler le village ou la ville concernés. Très mal reçus par les populations, puisqu'ils entravent la liberté de circulation, ces cordons sont très souvent forcés et donc relativement inefficaces. Mais leur présence même souligne l'exceptionnalité du moment épidémique. Il en va de même des mesures prises pour tenter d'éradiquer la maladie, qui placent les villes, bien plus que les villages qui demeurent quelque peu délaissés, en état d'urgence. En 1865, une terrible épidémie de choléra éclate en Orient avant de se répandre dans le monde entier. À cette date, le dispositif de défense existe depuis une vingtaine d'années et, déjà rôdé, il se révèle relativement efficace, bien que, tout comme en Europe, il soit insuffisant face à la démesure du phénomène épidémique. À Istanbul, deux commissions de notables sont créées, la première chargée de suivre la marche du choléra au jour le jour, d'en déclarer et d'en enregistrer chaque cas, lesquels sont publiés quotidiennement dans un organe officiel, la seconde invitée à prendre toutes les mesures nécessaires pour lutter contre le choléra. Des dispensaires, des hôpitaux volants (ambulances) et des pharmacies mobiles sont établis dans divers quartiers de la capitale. Des lits sont affectés aux victimes de l'épidémie dans les quatre hôpitaux de la ville et deux nouveaux établissements réservés aux cholériques sont fondés (Yildirim et Ulman, 2006, p. 2.). Les pauvres sont examinés

gratuitement. Le même type de mesure est adopté dans les villes égyptiennes. En 1883, lorsque le choléra fait une nouvelle incursion dans une Égypte tout récemment colonisée, les mesures sont particulièrement drastiques : de nombreux quartiers insalubres sont détruits par le feu, les cimetières sont fermés et désinfectés, les marchés et pèlerinages sont interdits. L'épisode épidémique suivant, en 1895, manifeste enfin le triomphe de la bactériologie. Outre les dispositions habituelles en cas d'épidémie, les individus et leurs biens sont désinfectés dans des étuves à vapeur (Moulin, 1992). Plus personne ne peut ignorer l'épidémie et toute la vie sociale s'en trouve bouleversée.

2-2 Quand l'urgence engendre la peur et le désir de protection

Malgré ses imperfections et son caractère coercitif, ce dispositif d'urgence contribue par son existence même à la prise de conscience du danger de la maladie et du potentiel de protection qu'offrent les mesures prophylactiques et thérapeutiques de la médecine moderne. Si le système d'alerte officiel souffre encore d'une certaine lenteur, certains individus prennent conscience de la nécessité de signaler de façon précoce les risques épidémiques. Ainsi, en septembre 1895, lorsque la mortalité augmente de façon inquiétante dans une région du Delta du Nil, un particulier prend l'initiative d'écrire au journal cairote *Mokattam* pour l'informer de cette situation et précise que « les habitants sont dans des transes mortelles, croyant se trouver en présence d'une épidémie cholérique ». De même, en 1902, dans un village de Haute-Égypte où aucun médecin ne réside, les deux barbiers du village notent une augmentation de la mortalité et un aspect anormal des cadavres, qu'ils attribuent à la « peste » (*ta'ûn*), terme désignant toute attaque pathologique accompagnée de fièvre et jugée inquiétante. Le maire du village, alerté, refuse de prévenir à son tour les autorités sanitaires de la ville d'Assiout et c'est de sa propre initiative que l'un des deux barbiers s'en charge en se rendant lui-même sur place.

Mais la peur est le plus grand changement d'attitude face à la maladie. Déjà, en 1835 au Caire, au moment même où les autorités égyptiennes adoptent le premier train de mesures de lutte contre une terrible épidémie de peste que vient de s'y déclarer, la ville semble saisie par la peur, les activités du souq sont suspendues (Voilquin, 1978). En 1865, à Istanbul comme à Alexandrie, la panique est à son comble et ceux qui en ont les moyens tentent de fuir ces grandes cités. Plus on avance dans le siècle, et *a fortiori* après la révolution bactériologique qui rend plus tangible l'espérance d'échapper à la maladie, voire d'en guérir, plus les témoignages de peur face à la maladie se multiplient. L'idée que le destin de chaque homme est fixé à l'avance s'effrite quand on constate que la prophylaxie, et bientôt le traitement, peuvent influencer sur ce destin. On peut certes continuer à affirmer cette fatalité dans le discours, mais l'observation des pratiques révèle la volonté d'échapper à la maladie et de tenter de prolonger sa vie. Aussi au tournant du siècle, du moins au Moyen-Orient, il n'est plus jamais question du fatalisme des musulmans dans les témoignages des voyageurs et des observateurs. En Algérie en revanche, cette nouvelle attitude face à la maladie tarde à s'installer. Le choléra, souvent importé par des convois militaires venant de la métropole, demeure tout au long du XIX^e siècle une maladie qui préoccupe les autorités, notamment parce qu'elle touche cruellement l'armée et les colons. En période de crise épidémique, quelques ambulances destinées aux indigènes sont certes établies en ville, mais la disponibilité de la médecine coloniale demeure dégressive, des soldats aux colons, enfin aux indigènes, d'abord ceux de la ville, ensuite ceux des douars (Turin, 1971). Ce n'est qu'après les lois de santé publique de 1902, et surtout au cours de l'entre-deux-guerres, que l'offre de services médicaux aux indigènes connaît des avancées significatives. Quant aux Marocains, qui au moment de l'intrusion coloniale n'ont pas connu, contrairement aux populations du Moyen-Orient, un siècle de socialisation à la médecine moderne par l'urgence, les

observateurs coloniaux repèrent aussitôt chez eux « passivité » et « fatalisme coutumier » (Rivet, 1999, p. 239).

La médecine d'urgence est une pratique sécuritaire ; elle ne se préoccupe guère de donner un sens à son intervention par un travail de pédagogie. Un observateur du choléra de 1865 à Istanbul relève que les mesures administratives ont un effet aggravant sur l'état d'esprit de la population de la capitale ottomane. Selon lui, les proclamations journalières des mesures à prendre ainsi que les tableaux nécrologiques publiés régulièrement dans la presse ont contribué à faire naître la panique. À l'urgence, il oppose « les bienfaits lents et progressifs de l'hygiène » (Pardo, 1866). Mais si les autorités égyptiennes et ottomanes ont implanté de façon précoce un dispositif d'urgence de lutte contre les épidémies, elles ne sont pas parvenues à pérenniser les mesures d'hygiène de l'environnement qui permettraient de créer une situation moins réceptive au péril des épidémies. Lorsque la crise épidémique est passée, l'État se retrouve face à ses faiblesses, à la pénurie financière, au manque de volonté politique. Ainsi, toujours remis, le grand projet d'assainissement de l'Égypte, par exemple, ne connaîtra de réalisation tangible qu'après l'indépendance et la révolution nassérienne. Au moment de la survenue de l'épidémie, n'apparaissent dès lors que la violence des procédures d'enfermement et de désinfection, le non-respect de l'espace privé et l'atteinte à l'intégrité des morts en raison des inhumations contrôlées par l'État. Le refus de ces mesures, constaté par la plupart des observateurs, n'est pourtant pas le refus de se protéger, mais bien celui de cette violence. Malgré tout, se fait jour une nouvelle valeur accordée à l'existence individuelle, née de la socialisation (à un rythme différent au Maghreb et au Moyen-Orient) à une médecine moderne qui peut malgré tout agir, éventuellement reculer l'échéance de la mort. Il est vrai que le silence de l'État en matière d'information est comblé, en cette fin du XIX^e siècle, par l'action de la presse réformatrice et d'un système d'enseignement qui s'est désormais étendu. Cette évolution vers une conscience plus nette de la possibilité de vaincre

ou de prévenir la maladie apparaît plus sensible encore dans le cas de la vaccination antivariolique, méthode peu coûteuse, plus circonscrite et inscrite dans la durée, qui laisse place au temps long de la pédagogie, induisant des comportements rationnels et non pas seulement des mouvements de peur.

3- Vaccination antivariolique et pédagogie de la prophylaxie

La vaccination antivariolique revêt une dimension emblématique dans l'histoire de la médecine. En Europe, elle a constitué la première opération de médecine préventive à grande échelle. Dans les pays du Sud, elle a souvent été l'acte pionnier grâce auquel la médecine moderne a pu pénétrer (Moulin, 1996). C'est de façon exemplaire le cas de l'Égypte. Enfin, la variole est la première maladie officiellement éradiquée ; à terme, l'acte vaccinal a fait la preuve de son efficacité.

Outre la protection des armées et la défense contre les épidémies, la lutte contre la variole constitue le troisième volet des tâches fondamentales confiées à la nouvelle médecine moderne en Égypte et, plus tardivement et de façon moins systématique, dans l'Empire ottoman. Au début du XIX^e siècle, les régions bordant la rive sud de la Méditerranée sont encore terriblement ravagées par la variole, particulièrement meurtrière chez les enfants. La maladie est présente de façon endémique, et parfois s'enflamme dans un paroxysme épidémique. Cette permanence en fait, plus que toute autre, une maladie inévitable aux yeux des populations, témoin de la seule volonté de Dieu. Or la variole peut désormais être combattue grâce à une méthode réputée sûre, la vaccination jénérienne, mise au point en 1796 par le Britannique Edward Jenner à partir du *cow-pox* (variole bovine), méthode qui a rencontré immédiatement le succès en Europe auprès du corps médical, mais qui s'est difficilement imposée aux populations. Muhammad 'Alî, toujours attentif aux progrès réalisés

sur la rive nord de la Méditerranée, est rapidement convaincu des bienfaits de cette nouvelle pratique préventive. Dès 1819, un décret prévoit d'introduire la vaccination des enfants dans l'ensemble de la société (Kunhke, 1990) mais c'est l'armée qui est finalement la première soumise à l'opération vaccinale. Avec l'arrivée, en 1825, d'Antoine Barthélemy Clot, fondateur de l'École de médecine du Caire et organisateur du système de santé égyptien, le service de la vaccination prend forme pour près d'un siècle (Clot, 1860).

L'ensemble du dispositif, de forme pyramidale, est chapeauté par un comité central de la vaccination, sis au Caire. En ville, la vaccination est pratiquée dans les hôpitaux et les dispensaires. En milieu rural, les médecins de district ont pour fonction de vacciner eux-mêmes, au gré de leurs vastes tournées, et de former les quelque 2 500 barbiers du pays à la technique vaccinale. Celle-ci est relativement simple en effet, en tout cas accessible à des individus déjà rompus à la pratique des saignées, scarifications et autres opérations de petite chirurgie. La mobilisation des praticiens traditionnels est l'une des originalités du système égyptien, qui vise avant tout à combler le déficit de médecins diplômés mais qui offre également à la population le contact d'un groupe familial pour réaliser une opération toute nouvelle et mal comprise. Médecins et barbiers doivent en outre tenir à jour les registres de vaccination et le Code pénal prévoit des sanctions pour toute personne qui tenterait de se soustraire à l'obligation vaccinale et pour les praticiens qui failliraient à l'exercice de leur fonction. Les barbiers semblent avoir collaboré sans grande difficulté à ce système, dont ils tirent, il est vrai, rémunération et valorisation scientifique.

La population, en revanche, est fort réticente. Les résistances les plus fortes émanent de la paysannerie et reposent sur un malentendu remontant aux toutes premières expériences en matière de vaccination. Les fellahs de Haute-Égypte ont en effet gardé le souvenir de la vaccination des troupes en 1821, et ils assimilent la marque laissée sur le bras des enfants vaccinés au tatouage destiné à reconnaître les futurs conscrits. Or la conscription constitue

l'une des grandes menaces pour le fellah dans la mesure où elle enlève au travail de la terre des bras jeunes et vigoureux. Cependant, l'efficacité avérée de la vaccination entame peu à peu ces résistances et, dès le début des années 1840, on enregistre des cas de présentation spontanée d'enfants à vacciner dans les hôpitaux ou auprès des médecins itinérants. À cette date, il est vrai, la hantise de la conscription recule face aux exigences des Puissances qui imposent une forte diminution des effectifs de l'armée égyptienne lors du traité de Londres⁷. Lorsque Charles Cuny, un médecin français employé par le gouvernement égyptien, quitte l'Égypte en 1851, il remarque que la population est beaucoup moins hostile à l'initiative de l'État qu'à son arrivée en 1837, même si l'adhésion est loin encore d'être généralisée (Cuny, 1853).

Plus durable en effet est l'incompréhension de l'acte vaccinal lui-même. La vaccination antivariolique vise non pas à soigner une affection présente, déclarée, mais à inoculer à un individu bien portant une maladie destinée à en empêcher une survenue plus grave ultérieurement. Il s'agit là d'une opération mentale difficile à concevoir. Or, pas plus que les paysans français, algériens ou texans, les fellahs d'Égypte ne sont en mesure de se « projeter dans le futur et les raisonnements abstraits » (Faure, 1994, p. 132). De plus, la vaccination jennérienne propose une méthode, l'inoculation, c'est-à-dire la pénétration d'un produit dans le corps, bien éloignée des usages thérapeutiques des médecines savante et traditionnelle du monde arabo-musulman qui préconisent la purge ou la saignée pour évacuer le sang corrompu des varioleux (Perho, 1995). En dépit de cette étrangeté, l'importance et les bienfaits de la vaccination, sa capacité à modifier le cours des choses, pénètrent peu à peu les esprits. Cette évolution repose sans doute en grande partie sur le travail quotidien des médecins et des barbiers, à la fois technique et pédagogique, travail difficilement appréhensible tant ceux-ci sont discrets dans les sources. Les formes de résistance y sont en

⁷ Le traité de Londres met fin, en 1841, aux entreprises conquérantes de Mohamed Ali.

revanche beaucoup plus présentes, mises en avant par les observateurs, Européens ou praticiens autochtones, qui y voient de la part des populations cibles un refus du progrès. Mais là encore, c'est moins le principe même de la prévention que les conditions de l'exercice de cette pratique qui heurte les populations. Tout au long du XIX^e siècle, le vaccin est instable en raison de l'absence de modes efficaces de conservation, *a fortiori* dans un pays chaud. La vaccination de bras à bras, largement pratiquée pour suppléer au problème de la conservation du vaccin, comporte des dangers, en particulier la transmission de la syphilis, maladie répandue en Égypte. De tels manquements n'échappent bien sûr pas aux populations concernées.

Dès les années 1870 cependant, le taux de mortalité par variole est devenu très faible en Égypte (Panzac, 1982). Mais, parce que l'immunité n'est pas universelle et qu'il n'y a pas de revaccination, des flambées épidémiques, certes atténuées, réapparaissent dans les années 1890. Cette recrudescence alarme les autorités anglaises, qui dirigent le pays depuis 1882, et les incite à redoubler d'efforts pour imposer la vaccination antivariolique. Une nouvelle législation, adoptée en 1890, réitère l'obligation de la vaccination pour tous les enfants et de lourdes amendes sont prévues pour les parents récalcitrants. Avec la révolution bactériologique, le principe de la contagion est désormais admis, et chacun a une responsabilité individuelle envers la collectivité.

Les Britanniques font montre en Égypte d'une audace qu'ils ne sauraient manifester en Inde à la même époque. L'ancienneté de la pratique vaccinale en Égypte, malgré ses imperfections et ses lacunes, l'effet du temps long de la pédagogie et de l'apprentissage, leur permettent d'imposer cette pratique à une population somme toute relativement bien socialisée à l'opération et qui, sinon dans sa majorité, du moins pour une bonne part, commence à saisir les vertus anticipatrices de la vaccination. En Inde, malgré une pratique

répandue de l'inoculation⁸ dans certaines régions, les craintes d'une rébellion contre la vaccination sont telles que le pouvoir colonial anglais ne l'impose que progressivement à partir de 1880, et avec prudence puisque l'ensemble du pays n'est pas encore couvert en 1950 (Arnold, 1993, p. 155). En revanche, lorsque l'Égypte nouvellement indépendante lance une campagne générale de vaccination, en 1925-26, pour faire face à l'une des ultimes épidémies de variole, elle ne rencontre aucune réaction négative de la part de la population (Hilmy, 1933). Le corps est partiellement sorti de son enveloppe magico-religieuse, une partie de ses mystères cède aux assauts de la médecine ; il est aussi un bien que l'on doit conserver.

La nature de l'autorité qui l'impose influe sur la capacité d'acceptation de l'opération vaccinale. Les pouvoirs autochtones, tout autoritaires qu'ils soient, rencontrent moins de résistance qu'un pouvoir colonial. En Algérie, la méfiance à l'égard de la vaccination antivariolique est immédiate et durable, précisément parce qu'elle est associée aux méfaits, ou du moins aux mystères, de la colonisation. Un service de vaccination, également à destination des indigènes, est pourtant monté dès 1847. Dans l'optique civilisatrice de la colonisation, la vaccination se présente comme le cheval de Troie de la médecine moderne, le symbole de sa capacité à transformer et prolonger le cours de la vie, si fréquemment interrompue jusqu'alors par la survenue de la maladie. Or la vaccination se heurte à un mouvement profond de refus, mis par les Français au compte du « fanatisme ». Pour tenter d'y faire pièce, l'un des promoteurs du système imagine de ne vacciner qu'au cours des épidémies, de façon à manifester clairement le pouvoir de l'opération et en faciliter la compréhension. Ce serait donner à la vaccination l'image de l'efficacité immédiate du médicament qui a su convaincre les indigènes pour des maladies telles que l'ophtalmie ou la malaria, dont les attaques s'apaisent grâce aux collyres et à la quinine. Mais c'est la contrainte qui s'est finalement imposée, en dehors de toute tentative de faire comprendre cette forme de médecine qui arme

⁸ L'inoculation ou variolisation consistait, avant l'apparition de la vaccination, à inoculer de façon volontaire la variole à un sujet sain.

contre les aléas du futur. Le refus n'en est que plus ferme et, en 1858, les campagnes de vaccination de masse sont finalement interdites (Turin, 1971).

Reprises une décennie plus tard, les vaccinations ne rencontrent plus une si farouche résistance. Des barbiers-vaccinateurs arabes sont temporairement mobilisés et formés, contribuant à « une détente psychologique dont les effets se prolongèrent » (Turin, 1971, p. 410), et les démarches d'explication et d'information auprès de la population se font désormais plus fréquentes. L'Algérie des années 1880 connaît l'évolution repérée en Égypte trois décennies plus tôt : la vaccination sort d'une perception mystérieuse, quasi magique, pour entrer dans le registre rationnel de la médecine, y compris dans sa dimension prophylactique pourtant difficile à saisir.

Aujourd'hui, dans nombre de pays en développement qui n'ont pas connu la longue socialisation à l'acte vaccinal de l'Algérie et de l'Égypte, sa dimension préventive demeure quelque peu obscure. La généralisation de la vaccination se heurte en effet à une « incohérence temporelle », ce décalage perçu entre le coût d'un investissement immédiat (aller au centre de santé pour faire vacciner son enfant) et les bénéfices qui se feront sentir à une date future, indéterminée (ne pas contracter la maladie), qui entraîne sans cesse la remise à plus tard de l'action. Or ceux-là mêmes qui repoussent ainsi le moment de la vaccination n'auront aucune hésitation à consulter et à payer des sommes importantes pour un traitement immédiat si leur enfant tombe malade. Dans ce cas, il y a coïncidence temporelle entre l'investissement et son profit, ce qui suscite l'action (Duflo, 2010, p. 85-86). La réduction de l'incohérence temporelle liée à l'acte vaccinal repose sans doute moins sur une éventuelle rétribution à offrir aux populations cibles que sur l'investissement dans un temps long de la pédagogie, portée par des professionnels de terrain qui répètent inlassablement les mêmes consignes, et font la démarche d'aller au-devant des populations, de façon à provoquer un changement intellectuel profond et durable dans le rapport au temps.

La médecine est généralement considérée comme un flambeau de la modernité. Sa nature évidemment altruiste en fait un outil du progrès difficilement contestable. Pourtant, les modalités de sa pratique ne sont pas toujours exemptes de violence, notamment en contexte de masse, *a fortiori* en situation coloniale. Les réactions de rejet, tant en Europe que dans les régions du Sud, ont porté précisément sur les moyens employés, enfermement ou atteinte à la vie privée, non sur le sens même de la discipline qui vise à soigner la souffrance, ce à quoi chacun aspire. Aujourd'hui encore, la plupart des échecs des politiques de santé dans les régions en développement sont liés aux difficultés matérielles ou financières, très peu à un refus de l'acte médical lui-même. La médecine moderne a su s'imposer et s'est révélée un auxiliaire précieux des États modernisateurs, tant les autorités autochtones du Moyen-Orient du XIX^e siècle que les pouvoirs coloniaux du Maghreb. Or la puissance du changement contenue dans la médecine va au-delà de sa seule action thérapeutique. En implantant la médecine occidentale dans les pays du Sud, les États modernes ont semé de nouvelles conceptions du temps. Le temps compté des rendez-vous, de la régularité des prises de médicaments s'avère finalement peut-être le plus difficile à acquérir. Il ne pose pas problème aux classes sociales supérieures occidentalisées parce qu'il rythme très tôt l'ensemble de leurs activités. Il demeure en revanche plus distant pour les classes populaires qui n'en ont guère besoin que pour les rares moments où elles sont en contact avec les activités liées à l'État moderne. Mais plus subtilement et discrètement, le vecteur efficace de la médecine moderne suscite des changements dans des conceptions plus abstraites du temps, pas nécessairement adossées au temps de la montre, mais liées plutôt à la projection dans l'avenir, à l'anticipation. Ces mécanismes lents et discrets, qui sont, tout comme l'apprentissage de l'heure, des processus de civilisation sur le long terme (Elias, 1996), témoignent une nouvelle

fois de l'importance de ces « modes informels du changement » (Martin, 1980) qui ne sont visibles qu'à l'état de traces dans les sources mais qui sont porteurs de bouleversements mentaux profonds.

Références bibliographiques

ALLEAUME G., 1993. *L'École polytechnique du Caire et ses élèves. La formation d'une élite technique dans l'Égypte du XIX^e siècle*, thèse pour le doctorat d'État ès-Lettres, Université Lyon II.

ALLEAUME G., FARGUES Ph., 1998. « La naissance d'une statistique d'État. Le recensement de 1848 en Égypte », *Histoire & Mesure* XIII, p. 147-195. [Accessible sur Persée](#).

ARNOLD D., 1993. *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

BOURMAUD P., 2007. « Ya Doktor » : *devenir médecin et exercer son art en "Terre sainte"*, une expérience du pluralisme médical dans l'Empire ottoman finissant (1871-1918), thèse de doctorat d'histoire, Aix-en-Provence.

CHIFFOLEAU S., 1997. *Médecines et médecins en Égypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Paris/Lyon, Maisonneuve et Larose/Maison de l'Orient.

CLOT-BEY, 1860, *Introduction de la vaccination en Égypte en 1827. Organisation du service médico-hygiénique des provinces en 1840. Instruction et règlements relatifs à ces deux services*, Paris, Victor Masson et fils.

COLONNA F., 1975. *Instituteurs algériens (1883-1939)*, Paris, Éditions du CNRS.

CUNY Ch., 1853. *Propositions d'hygiène, de médecine et de chirurgie relatives à l'Égypte*, Thèse de médecine, Paris.

- DUFLO E., 2010. *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté (I)*, Paris, Seuil.
- ELIAS N., 1996. *Du temps*, Paris, Fayard.
- FAHMY K., 1997. *All the Pasha's men. Mehmed Ali, his army and the making of modern Egypt*, Cambridge & New York, Cambridge University Press.
- FAURE O., 1994. *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Economica.
- FOUCAULT M., 1988. *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
- HANSSEN J., 2005. *Fin de siècle Beirut. The making of an Ottoman provincial capital*, Oxford, Clarendon Press.
- HILMY Dr A., 1933. *La variole en Égypte. Son histoire et les moyens de lutter contre elle* (en arabe), La Caire, Imprimerie nationale.
- KUHNKE L., 1990. *Lives at Risk. Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Berkeley, University of California Press.
- KREISER K., 2010. « Les tours d'horloge ottomanes : inventaire préliminaire et remarques générales », in F. GEORGEON et F. HITZEL (dir.), *Les Ottomans et le temps*, Leiden, Brill, p. 61-74.
- MARCUS A., 1989. *The Middle East on the Eve of Modernity*, New York, Columbia University Press.
- MARTIN M., 1980. « Égypte, les modes informels du changement », *Études* 352, p. 436-445.
[Accessible sur Gallica.](#)
- MOREAU O., 2007. *L'Empire ottoman à l'âge des réformes. Les hommes et les idées du "Nouvel Ordre" militaire (1826-1914)*, Paris, Maisonneuve et Larose.
- MOULIN A. M., 1996. *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard.

- MOULIN A.M., 1992. « L'hygiène dans la ville : la médecine ottomane à l'heure partorientienne (1887-1908), in P. DUMONT et F. GEORGEON (dir.), *Villes ottomanes à la fin de l'Empire*, Paris, l'Harmattan, p. 186-208.
- PANZAC D., 1982. « Endémies, épidémies et population en Égypte au XIX^e siècle », in *L'Égypte au XX^e siècle*, GREPO, Éditions du CNRS, Paris, p. 83-100.
- PANZAC D., 1985, *La peste dans l'Empire ottoman, 1700-1850*, Louvain, Éditions Peeters.
- PARDO Dr, 1866, *Dissertation sur le choléra-morbus lue à la Société impériale de médecine de Constantinople le 16 février 1866*, Constantinople, Imprimerie du « Djeridei Havadis ».
- PERHO, 1995. « The Prophet's Medicine. A Creation of the Muslim Traditionalist Scholars », *Studia Orientalia* 74.
- RAYMOND A., 1985. *Grandes villes arabes à l'époque ottomane*, Paris, Sindbad.
- SEHNAOUI N., 2002. *L'occidentatlisatlon de la vie quotidienne à Beyrouth, 1860-1914*, Beyrouth, Éditions Dar an-Nahar.
- SUBKI M., 1946. *Souvenirs d'un médecin de campagne*, Le Caire, Maktaba al-Adab (en arabe).
- TURIN Y., 1971. *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. Écoles, médecines, religion, 1830-1880*, Paris, F. Mapero.
- VOILQUIN S., 1978. *Souvenirs d'une fille du peuple ou la saint-simonienne en Égypte*, Paris, Maspero.
- YILDIRIM N, ULMAN Y. I., 2006. « Great Cholera Epidemic of Istanbul in 1865 », International Society for the History of Medicine (ISHM) paper, Budapest Congress.